

### SOLICITUD PARA SERVICIOS DEL DESARROLLO DEL NIÑO

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

¿Está el niño inscrito en Medicaid actualmente?  Sí  No Si es sí, MID# \_\_\_\_\_ ¿Conexiones Saludables?  Sí  No

Nombre del Padre(s): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección del Médico: \_\_\_\_\_

Nombre de la Escuela, si es que aplica: \_\_\_\_\_

Servicios que esté buscando:

- Servicio en Coordinación  Apoyo Familiar  Servicios para el niño/infante  DDA
- Intervención para el Comportamiento intenso (IBI)  ICF/MR Nivel de Cuidado para ICF/MR o Katie Beckett
- Otros (especifique) \_\_\_\_\_

Persona que solicita los servicios: \_\_\_\_\_ Relación con el Solicitante: \_\_\_\_\_

Otros servicios DHW que el niño reciba:

- Servicio en Coordinación  Apoyo Familiar  Servicios para el niño/infante  DDA  IBI  PSR

Mencione inscripción en cualquier otro servicio, incluyendo Servicios en otros Departamentos: \_\_\_\_\_

Historial/Información sobre preocupaciones o condición de discapacidad: \_\_\_\_\_

Por favor marque cualquier información que esté disponible:  Antecedentes médicos que verifiquen discapacidades  Record de la escuela que verifiquen discapacidad.

Por favor también adjunte las evaluaciones más recientes: Médico/Social, Desarrollo, Lenguaje y expresión verbal, Terapia física, Terapia Ocupacional, y otras evaluaciones al paciente. Si la información la posee otra agencia, por favor indique la fuente abajo. Su autorización para liberar información será solicitada, información provista al Departamento será tratada en acuerdo al Aviso del Departamento en Prácticas Privadas.

- |  |                                   |                                   |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Servicio en Coordinación                  | <input type="checkbox"/> Aprobado | <input type="checkbox"/> Denegado |
| <input type="checkbox"/> Apoyo Familiar                            | <input type="checkbox"/> Aprobado | <input type="checkbox"/> Denegado |
| <input type="checkbox"/> Servicios para el niño/infante            | <input type="checkbox"/> Aprobado | <input type="checkbox"/> Denegado |
| <input type="checkbox"/> Servicios DDA                             | <input type="checkbox"/> Aprobado | <input type="checkbox"/> Denegado |
| <input type="checkbox"/> Intervención en el comportamiento intenso | <input type="checkbox"/> Aprobado | <input type="checkbox"/> Denegado |
| <input type="checkbox"/> ICF/MR Niveles en el Cuidado              | <input type="checkbox"/> Aprobado | <input type="checkbox"/> Denegado |

Si aplica, razón de la negación, incluyendo el Código de Idaho o citación del reglamento IDAPA: \_\_\_\_\_

Firma del Representante Autorizado del Departamento: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**DERECHO A APELAR:**

Solicitantes para o receptores de servicios tienen el derecho a una audiencia en cualquier momento que una decisión sea hecha y que afecte sustancialmente los beneficios. El solicitante o el receptor tiene el derecho a ser representado por un abogado legal o cualquier persona que él elija lo represente. El cliente o su representante deben solicitar una audiencia por escrito e incluir la siguiente información:

- Una copia de la decisión en la cual el solicitante o el receptor estén en desacuerdo.
- Nombre del cliente o del solicitante.
- Dirección y número de teléfono.
- Razones por las cuales oponen la decisión del Departamento.
- Propuesta de solución.

Las solicitudes para audiencias deberán de ser entregados personalmente o por correo a la siguiente dirección:

Coordinador de Audiencias  
Departamento de Salud y Bienestar  
450 West State, 10<sup>th</sup> Floor  
P. O. Box 83720  
Boise, ID 83720-0036

El Departamento de Salud y Bienestar en Idaho proveerá una solicitud para audiencia cuando sea solicitado por el receptor o un representante. La solicitud para la audiencia deberá de ser sometida dentro de los siguientes veintiocho días después de la fecha en que se envió la decisión por parte del Departamento. El oficial de audiencias notificará al representante o al receptor de la fecha, hora y lugar de la audiencia por lo menos con diez (10) días de anticipación a la fecha programada para la audiencia, a menos que el Oficial en Audiencias encuentre una buena causa para un período de tiempo más corto para la notificación. Los Derechos para la Audiencia y procedimientos relacionados a las audiencias los puede encontrar en IDAPA 16.05.03, Reglamentos que Gobiernan Casos de Disputa y Reglamentos Declaratorios.